

Aplikado de novaj antibiotikoj rezultigas subregon de infektaj malsanoj, ekz. pneumonio, septicemio kaj pusa meningito.

Tamen, la medicinaj elspezoj kreskas senĉese sekve de aplikado de novaj medikamentoj kaj monitoroj. Ekz. en nia fako, meznombra kosto kreskas je 50% ĉiujare. Meznombra kosto de malsanuloj kun pneumonio estas 1500 juanoj kaj kosto de antaŭmaturulo estas 4000 juanoj. Multaj familioj ne povas pagi la kreskantan koston, sed ili ne povas ĉesi la kuracadon.

Due, medikamento-rezistaj bakterioj kontinue plimultiĝas pro misuzado de antibiotikoj. Ekz. oni raportis, ke medikamento-rezisto de gentamicino kontraŭ aurea stafilokoko estas 52%, tiu de oksicilino estas 53%, tiu de eritromicino 81%.

Trie. Iuj malsanuloj kun normale mortigaj malsanoj ekz. intrakrania hemoragio au hipoksemia iskemia encefalopatio povas ekzisti. Sed ili vivas kun la sekvaĵoj de stulto, epilepsio, encefala paralizio kaj surdeco. Tiuj kripluloj ŝarĝas familion kaj socion. Tial ĉesi kuracadon je ĝusta tempo estas utila. Tio povas malpezigi financon ŝarĝon kaj psikan suferon de familiestro. Sed kiam estas ĝusta tempo? Precize juĝi gravecon de malsanoj estas malfacile. Tio tuŝas teknikon kaj etikon. Indas esplori kaj diskuti tion.

(Referenca literaturo ellasita)

Adreso de la aŭtoro:

Chen Jian SHENG  
Fuyou Baojianyuan  
PUNING, GUANGDONG  
CN 515300  
ĈINIO

### *Problemo de sifiliso en Baŝkortostano*

Z. R. ĤISMATULLINA, N. I. ŜIGAJEV (RU)

En tuta Ruslando, inkluzive Baŝkortostano, nuntempe kreskas veneraj kaj sekse transdonitaj malsanoj, inter ili rapide sifiliso.

En la jaro 1996 en Respubliko Baŝkortostan estis registritaj 11449 sifilisaj malsanuloj, inter ili estis 8930 urbanoj (78%) kaj 2519 vilaĝanoj (22%). En vilaĝoj la malsana kresko estas 2,1-foje pli granda ol en urboj.

Inter la malsanuloj kreskas la procento de infanoj kaj adoleskantoj. Ekz. kompare kun la jaro 1994 la kvanto de sifilisaj adoleskantoj kreskis 3,3-foje.

Speciale maltrankviligas altiĝo de denaska kaj ordinara kontakta sifiliso inter infanoj kaj seksa infekto de infanoj. Sifilisa malsanofteca analizo atestas, ke kreskas kaŝaj kaj recidivaj formoj de la malsano, do la diagnozado estas malfrua.

Sifiliso estas venera malsano. Ĝia kausanto estas pala treponemo - *Treponema pallidum pallidum* (*Spirochaetaceae*). La infekto povas esti transdonita per seksa, ordinara kontakta kaj transplacenta vojoj. Ekzistas diversaj formoj de sifiliso: primara, sekundara, terciara, denaska, viscera, nervsistema. Latenta periodo ekde infektiĝo ĝis apero de primara sifilomo averaĝe estas 3 semajnoj.

Primara sifilomo au dura ulcero pli ofte aperas sur seksaj organoj, sed ĝi povas esti sur ajna korpa parto, kien penetras pala treponemo. Estas erozia kaj ulcera formoj de sifilomo, kiu plej ofte estas izola, klare limigita, sendolora, kun dense elasta konsistenco, kun deklivaj lateroj, glata brilanta fundo kupre ruĝa. Ĉiam grandiĝas regionaj limfaj nodoj (bubono, skleradenito). Foje aperas multipaj primaraj sifilomoj: indurita edemo, panaricia ulcero (paraniĥio), amigdalito.

6-7 semajnojn post apero de primara sifilomo au 9-10 semajnojn post la infektiĝo komenciĝas la sekundara sifilisa periodo, en kiu oni dividas freŝan, latentan kaj recidivan formojn. La sekundara sifilisa periodo dauras averaĝe 2-4 jarojn. Dum la sekundara sifiliso

sur hauto kaj mukozoj de buŝo, nazo, eksteraj seksaj organoj aperas rozeolaj, papulaj, vezikaj, pustulaj ekzantemoj. En tiu periodo sifiliso komencas lezi perioston kaj ostojn.

Terciara sifilisa periodo povas aperi, se la malsanulo ne estis kuracita au ne estis sufiĉe kuracita, 3-4 jarojn post la infektiĝo au (kutime) pli malfrue.

Ekzistas du ĉefaj klinikaj formoj - tuberkula kaj noda sifiliso. Variantoj de tuberkula sifiliso estas grupita tuberkula sifiliso, serpentuma, placa kaj nana sifiliso. Tuberkulo situas en dermo, ĝi havas densan konsistencon, sferan formon, grandecon de ĉeriza kerno, bluet-ruĝan koloron. Post la infiltraĵa detruo la tuberkulo ulceriĝas. La ulceraj lateroj estas akre tranĉitaj, la fundo nekrobioze disfalas, la ulcero estas sendolora. Subhauta nodo havas oveskan formon kaj dense elastan konsistencon. Post mallonga periodo ĝi nekrozas, la hauto super ĝi fluktuas kaj ŝiriĝas; aperas glueca flaveta likvaĵo; formiĝas relative profunda ulcero kun krutaj densaj lateroj, ties fundo estas kovrita de nekroza grizet-flaveta histo. La ulcero poste cikatriĝas.

### Histologio

Dum primara sifiliso en dura ulcero ŝanĝoj aperas en sangaj kaj limfaj vazoj de hauto: endarteriito, poste mez- kaj periarteriito; ĉelaj infiltraĵoj ĉirkaŭ vazoj konsistas el limfocitoj, plasmocitoj, fibroblastoj, endotelocitoj k.a.

Dum sekundara papula sifiliso plejparte estas videblaj plasmocitoj ("plasmomoj"), vastiĝas kaj proliferas sangaj vazoj kun dikiĝo de interna, meza kaj ekstera tunikoj.

Dum terciara sifiliso plejparte aperas lezitaĵoj kapilaroj, en kiuj ŝvelas kaj trokreskas endotelocitoj. En grandaj vejnoj kaj arterioj dikiĝas interna, meza kaj ekstera tunikoj. Ĉirkaŭvaza infiltraĵo konsistas el limfocitoj, plasmocitoj, fibroblastoj, epitelioidaj kaj gigantaj ĉeloj, lau ties periferio situas histaj bazofiloj. Elastaj kaj kolagenaj fibroj ŝvelas kaj pereas. Krom hauto sifiliso povas lezi hepton, stomakon, renojn, koron, cerbon kaj aliajn organojn.

Malbona epidemiologia situacio kaj altiĝo de malsanofteca nivelo komplikiĝas per maltipaj, kaŝaj kaj miksitaj formoj de

veneraj kaj paraveneraj malsanoj, kiujn ne konas au malbone konas praktikaj kuracistoj, kaj sekve kreskas diagnozaj eraroj.

Kvanto de tiuj eraroj, faritaj de kirurgoj, terapeutoj, akuŝistoj-ginekologoj kaj stomatologoj, estas sufiĉe granda, kio kausas seriozajn epidemiologiajn sekvojn.

Vastiĝo de venerisma spektro, apero de novaj malsanoj, ekzisto de maltipaj, neklaraj kaj aliaj diagnoze komplikaj sifilisaj formoj postulas detalan studon de la infektaĵaj klinikaj simptomoj.

Buŝkava mukozo kaj lipa ruĝa parto estas loko de sifilisaj ekzantemoj en ĉiuj stadioj de la malsano [1]. Literaturo informas pri izolitaj lezoj de buŝa kavo dum sifiliso [1,2,3]. Ekzemple, lau observoj de T. A. Glavinskaja [1992], el 54 malsanuloj kun sekundara recidiva sifiliso 32 havis papulajn ekzantemojn de buŝa kavo, eriteman kaj papulan angion [3].

Diagnoze komplikas por stomatologoj maltipaj formoj de primara sifilomo, specifajoj de rozeola kaj papula ekzantemoj en buŝa kavo [1].

### Materialoj kaj esplormetodoj

La esplora objekto estis malsanuloj kun primara kaj sekundara sifiliso de 18 ĝis 55 jaraĝaj, kiuj krom hautaj ekzantemoj havis lezojn de buŝa mukozo.

Inter ili 74% estis viroj kaj 26 % virinoj. La diagnozo estis fiksita surbaze de anamnezo, klinikaj kaj laboratoriaj rezultoj (trovo de *Treponema pallidum* kaj serologiaj esploroj: komplekso de serologiaj reagoj, reago de pasiva hemaglutinado, imunofermenta analizo, reago de treponema senmovigo, reago de imunofluoreskado).

### Rezultoj

Ni esploris 150 pacientojn kun primara kaj sekundara sifiliso, kiuj estis hospitale kuracitaj en la respublika dermatovenerologia dispensario en la jaro 1997. El ili 2 pacientoj (1,3%) havis primaran sifilison, 68 pacientoj (45,3%) havis sekundaran freŝan sifilison kaj 53,4% havis sekundaran recidivan sifilison.

Duraj ulceroj situis sur lipa ruĝa parto, havis rondan formon, malmolan bazon kaj ne kausis subjektivajn sentojn. 65% malsanuloj kun sekundara recidiva sifiliso havis kombinitajn lezojn de hauto kaj buŝa mukozo en papula formo. Necesas substreki, ke 10% pacientoj havis papulojn nur en buŝa kavo sen hautaj lezoj.

Lauloke la papuloj pli ofte situis sur mola palato, tonsiloj, arkoj, kie ili ne rare kuniĝis kaj formis kontinuajn lezojn (papula angino), lango, vanga mukozo, speciale lau la denta kontakta linio, gingivoj. La papuloj estis densetaj, rondaj, diversgrandaj (de 3 ĝis 11 mm diametre), sendoloraj, klare limigitaj de norma mukozo grizet-blankaj elementoj, ĉirkauitaj de mallarĝa hiperemia klare limigita infiltra krono. La papuloj ne superis ĉirkauan mukozon. Dum skrapo per spatelo la kovraĵo de la papulo estis forigebla, post kio aperis karnoruĝa erozio, en kies eksudaĵo facile estis troveblaj treponemoj. Foje surmukozaj papuloj eroziis (7%). Tiam pro aliĝo de sekundara infekto aperis signifa doloreco kaj larĝiĝis hiperemia zono ĉirkau la papulo.

Specife aspektis sifilisaj papuloj sur la langa dorso (7%). Fadenformaj papiloj sur ilia surfaco au hipertrofiis, kaj la papuloj ekhavis formon de grandaj ringformaj diskoj, au atrofiigis. Lastokaze aperis kvazau poluritaj ovalaj glataj brilaj surfacoj, situantaj iom sub la ĉirkaua mukozo ("polurbrilaj" papuloj).

En 15% da pacientoj la buŝaj papuloj similis aftan stomatiton, leukoplazion, eroziitajn elementojn de pemfigo kaj papulojn de multforma eksudaja eritemo kaj de ruĝa plata likeno.

Kalkulante la supre menciiton necesas rimarki, ke izolitaj lezoj de buŝa kavo dum sifiliso en lasta tempo ne estas raraĵo. Similaj pacientoj, ne sciante pri infekta karaktero de sia malsano, longe restas en siaj familioj au kolektivoj kaj povas esti infekta fonto por aliaj homoj. Ĝuste tial la kuracistoj de ĉiuj specialecoj devas koni variantojn de la infekto por eviti diagnozajn erarojn.

La tasko preventi sifilison postulas plibonigi seksan edukadon en diversgradaj lernejoj.

#### Literaturo

1. Mashkillejson A. L., *Klinika i diferencialnaja diagnostika porajhenij slizistoj oboloĉki polosti rta pri sifilise*, Moskvo, 1974
2. Raznatovskij I. M., Krasnoselskij T. V., Sokolovskij E. V. *Zhurnal dermatovenerologii i kosmetologii*, 1996; 1:67-72
3. Glavinskaja T. A. k.a., *Vestnik dermatologii i venerologii*, 1992; 9:40-43

#### Adreso de la aŭtoroj:

Z. R. ĤISMATULLINA  
 N. I. ŜIGAJEV  
 Baŝkiria Medicina Universitato  
 Baŝkortostano  
 RU 450000 UFA, a/k 13  
 RUSLANDO